

## 消費者投訴表

如果您已經完成向您的健康計劃正式投訴/上訴的程序，但對解決方法仍然不滿意，或者您的健康計劃未能在30日內處理您的投訴，請填寫本表格。但是，如果您的投訴涉及對病人健康立即構成嚴重威脅的病情，請立即撥打HMO免費幫助熱線，號碼是：(888) HMO-2219或聽力障礙者專線 (877) 688-9891。請用打字機或大寫字母清晰填寫本表。

1. 投訴人姓名： \_\_\_\_\_  
街道地址： \_\_\_\_\_  
城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 郵遞區號： \_\_\_\_\_  
電話號碼： (日間)： \_\_\_\_\_ (晚間)： \_\_\_\_\_  
移動電話： \_\_\_\_\_ 電子郵箱： \_\_\_\_\_

2. 病人姓名和地址： (只有在投訴人非病人本身時才需要填寫)：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. 健康計劃名稱： \_\_\_\_\_  
醫療團體名稱： \_\_\_\_\_  
醫療團體號碼： \_\_\_\_\_  
病人身份證號碼 (或會員證號碼)： \_\_\_\_\_  
病人出生日期： \_\_\_\_\_

4. 您是否屬於加州醫療計劃 (Medi-Cal) 受益人？ 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_  
您是否屬於聯邦醫療補助計劃 (Medicare) 受益人？ 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

5. 您以前是否曾經就此問題向您的健康計劃提出正式投訴/上訴？  
如果是，請填寫聯絡日期： \_\_\_\_\_  
聯絡人： \_\_\_\_\_  
電話： \_\_\_\_\_

如果否，您必須首先向您的健康計劃提出正式投訴/上訴 (請參閱消費者投訴程序一節 "How Does the Complaint Process Work?" [如何遵循投訴程序?])。

6. 請詳細說明與此項投訴有關的重要事實。您沒有獲得何種健康計劃服務？獲得的服務有何問題？您對收費有何意見？說明人員、事項、地點、時間和方式。請隨附您所收到的任何信函之影印件以及您認為與投訴相關的任何其他文件。如果以下空格不足以填寫所有內容，請另附紙張。（必須注明日期和服務機構。）

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

7. 如果您的投訴涉及個人服務者（即醫生、護士或牙醫）提供的護理或治療，您是否授權DMHC將本投訴轉交具有管轄權的機構？  
是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

8. 與此項投訴相關的診斷是什麼？ \_\_\_\_\_

---

9. 您獲得了何種與此項投訴相關的治療？ \_\_\_\_\_

---

10. 您是否曾經把該事件向其他政府機構報告？

是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

機構名稱和案例編號（如果知道）：

機構名稱 \_\_\_\_\_ 案例編號 \_\_\_\_\_

11. 是否有懸而未決的訴訟？是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_ 如果是，請隨附法院文件之影印件，另請提供：

法院所在郡的名稱： \_\_\_\_\_

案例編號： \_\_\_\_\_ 提出訴訟日期： \_\_\_\_\_

代理律師姓名： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

我理解提供本資訊純屬自願，但若不提供本資訊可能延遲甚至妨礙對投訴進一步處理。  
我理解本投訴表之影印件可能發送至我的健康計劃。

---

**投訴人簽名**

**日期**

---

**病人簽名 (如果是成年人)**

**日期**

如果您有任何問題或在填寫本表時需要協助，請撥打我們的HMO免費幫助電話：  
(888) HMO-2219或聽力障礙者專線 (877) 688-9891。

## 披露醫療記錄授權書

\_\_\_\_\_ 謹代表 \_\_\_\_\_  
授權披露人 病人  
在此授權 \_\_\_\_\_  
健康計劃名稱

向管理保健部（下稱「管理部」）披露其保管及/或控制的醫療記錄，即涉及向管理部投訴的病人護理記錄，包括有關精神健康記錄。

本項關於資訊披露的授權可隨時撤銷或收回，撤銷或收回將適用於以往未向管理部披露的所有資訊。本授權在一年後截止，從以下註明之日算起，截止將適用於以往未向管理部披露之所有資訊。我們只有在認為處理您的投訴必須參考醫療記錄時，才會調閱您的醫療記錄。我們將對記錄嚴格保密。

本項關於醫療記錄之授權純屬自願。但是，若不簽署本棄權書可能妨礙我們就您的投訴提供進一步協助。

\_\_\_\_\_ 日期  
投訴人簽名

\_\_\_\_\_ 日期

\_\_\_\_\_ 日期  
病人簽名（如果是成年人）

\_\_\_\_\_ 日期

如果您代表另一位成年人填表，則被代表人必須簽名。如果您持有代表另一位人士的代理委託書，請向我們提供該法律文件之副本。

請簽署「投訴表」和「披露醫療記錄授權書」。隨附所有有關文件和記錄之影印件，因為原件不會退回。

請將上述文件傳真至：(916) 229-0465，或

郵寄至：  
Department of Managed Health Care  
California HMO Help Center  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814

## 調查問卷：獲得語言服務

作為管理保健部 ( Department of Managed Health Care, DMHC ) 改善向其健康計劃參加者提供的健康護理服務品質的一項內容，我們目前正在搜集向主要語言為英語之外其他語言的參加者提供的口譯服務方面的資訊。我們請您向我們提供以下資訊，但這完全是自願性質，任何不參加本項問卷調查的決定均不會影響DMHC對您的申訴的處理。

1) 在過去六個月中，由於您所說的語言不同而在與醫生或其他健康服務提供者交談時或在理解醫生或其他健康服務提供者所說的話時遇到困難的頻率有多高？

- 從未有過
- 有時
- 經常
- 常常
- 我在過去六個月中沒有就診

2) 口譯員是指將一個人所說的話用另一個人所說的語言重複或用手勢表示的人。在過去六個月中，您曾經需要口譯員幫助您與醫生或其他健康服務提供者交談嗎？

- 是
- 否

3) 在過去六個月中，當您需要口譯員幫助您與醫生或其他健康服務提供者交談時，您獲得口譯員服務的頻率有多高？

- 從未獲得：
  - 您需要哪一種語言的口譯員？ \_\_\_\_\_
- 有時：
  - 您需要哪一種語言的口譯員？ \_\_\_\_\_
- 經常
- 常常
- 我在過去六個月中沒有就診或者我在過去六個月中不需要口譯員。